Ueber sehr grosse Ovarialtumoren

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.

Von

Werner Lövinsohn
prakt. Arzt aus Berlin

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der Promotion: 12. Juni 1917.

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Flügge
Referent: Prof. Dr. Franz

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546509_0179

Das Ovarium bildet sehr häufig den Ausgangspunkt von Neubildungen, welche mitunter eine geradezu ungeheure Größe erreichen können. Während nämlich das Ovarium selbst beim geschlechtsreifen Individuum bei einer größten Länge von 3—4 cm, einer Breite von 2—3 cm und einer ungefähren Dicke von 1 cm (Waldeyer, Krause) kaum mehr als 5,7—10,5 g (Krause) wiegt, sind von ihm ausgehende Neubildungen beschrieben worden, die das Gewicht von 200 Pfd. noch überschreiten. Bullit hat im Jahre 1900 eine Zusammenstellung solcher „Mammutgeschwülste" gemacht. Er veröffentlicht 23 Fälle, in denen Eierstockstumoren von mehr als 43 kg Gewicht entfernt wurden, darunter ein Tumor von 245 Pfd. Er selbst entfernte bei einer siebenunddreißigjährigen Frau eine einkammerige Cyste, die 111 kg wog, in einem anderen Fall wurden innerhalb 46 Jahren durch 171 Punktionen aus einer Ovarialcyste über 974 kg Flüssigkeit entfernt.

1904 wurde von Zacharias in der Münchner Medizinischen Wochenschrift ein Tumor veröffentlicht, der sogar ein Gewicht von 265 Pfd. gehabt haben soll. Wenn auch in den letzten Jahren wiederholt in der Literatur abnorm große Tumoren beschrieben worden sind, so gehören doch Tumoren, die ein Gewicht von mehr als 25 Pfd. haben, zu den Seltenheiten, und es sei mir daher gestattet, unten über einen Fall einer Riesenneubildung von 155 Pfd. Gewicht, der mir in freundlicher Weise von dem Direktor der Universitätsfrauenklinik der Kgl. Charité zu Berlin, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Franz zur Verfügung gestellt worden ist, zu berichten.

Was die Neubildungen, die vom Ovarium ausgehen, selbst betrifft, so teilte man sie früher ein in solide und cystische Ovarialtumoren einerseits und epitheliale und bindegewebige andererseits, doch gab man diese Einteilung bald auf, man ordnete sie nach dem macroscopischen und microscopischen Bau und unterschied besonders glanduläre und papilläre Kystome. Pfannenstiel unterscheidet bei den Kystomen das Kystoma serosum simplex (früher als Hydrops folliculi bezeichnet), das Adenom (und Kystadenoma papillare) und das Adenoma papillare superficiale (sogen. Oberflächenpapillom).

Später hat Pfannenstiel eine neue Klassifikation der Geschwülste, je nach dem chemischen Inhalt der Kystome vorgeschlagen, und zwar teilte er sie ein in pseudomucinöse und seröse.

Das Auftreten von papillären Bildungen sieht er dabei als ein weniger wesentliches Vorkommnis an, das bei beiden Gruppen in gleicher Weise gegeben sein kann, wenngleich es hauptsächlich die als Kystomata serosa bezeichneten betrifft. Es mag erwähnt sein, daß diese Pfannenstielsche Einteilung im großen und ganzen, worauf Lippert hingewiesen, sich mit der alten Klassifikation deckt; denn seine Pseudomucinkystome sind im wesentlichen dieselben, die man früher als glanduläre und Colloidkystome bezeichnet hat, während sich das Kystoma serosum papillare mit dem alten papillären Kystom in der Hauptsache deckt. Diese Form wurde früher und wird auch noch heute zum glandulären Typ gerechnet.

Wir sprechen jetzt in der Hauptsache vom Kystadenom und Pseudomucinkystom und teilen sie ein in ein- und vielkammerige, uni- und multiloculäre.

Von den übrigen Neubildungen kommen in Betracht das Fibrom, das Fibromyom und das Dermoid.

Die Häufigkeit des Vorkommens verteilt sich auf die einzelnen Spezies nach Lippert wie folgt:

1. Kystoma glandulare = c. 61 %
   a) pseudomucinosum = 53,6 %
   b) pseudopapillare = 2,04 %
   c) serosum = 5,33 %
2. Kystoma papillare = 4,70 %
3. Kystoma dermoides = 10,35 %
4. fibroma, fibromyoma = 1,72 %.

Unter den Riesenneubildungen finden wir bei weitem am häufigsten die Cysten vertreten.

Die Ovarialtumoren kommen in jedem Lebensalter zur Beobachtung, von der frühesten Kindheit bis zum höchsten Greisenalter, wenn auch nicht in jedem Alter mit derselben Häufigkeit. Daß selbst im Kindesalter abnorm große Neubildungen vorkommen, darüber hat Zellwyer berichtet. Neben 46 Fällen aus der Literatur bringt er einen eigenen Fall, wo bei einem vierzehnjährigen Mädchen ein doppelmannskopfgroßes Cystadenom entfernt wurde.

Was die Therapie dieser Ovarialtumoren angeht, so ist diese die Ovariotomie. Während bis in die siebziger Jahre Ovarialtumoren fast nur durch Sektionsbefunde bekannt waren, steht man wohl jetzt allgemein auf dem Standpunkt, auch kleinere Tumoren möglichst frühzeitig zu entfernen. Bestimmend für den jetzt vertretenen Standpunkt dürfte einmal die Erfahrung sein, daß trotz der Gutartigkeit der Tumoren eine Reihe von Komplikationen auftreten können, die zu irgendeiner Zeit für das Leben der Patientin gefährlich werden können, dazu kommt wohl die verbesserte Operationstechnik und der Umstand, daß die Asepsis in bezug auf die Mortalität immer bessere Resultate ergibt, so daß Laparotomieen im Gegensatz zu früher heute alltägliche Operationen geworden sind.

Von Komplikationen sind zu nennen der Ascites. Dieser braucht sich nicht nur auf die Bauchhöhle zu beschränken, vielmehr können, wie Caro ausführt, auch Pleurahöhle und Pericardialraum in Mitleidenschaft gezogen werden. Wenn ein Ascites lange besteht, so führt er häufig zu hochgradiger Hydraemie und infolge von allgemeiner Stauung auch zu Icterus und schließlich sogar zu der sogenannten Ovarialcachexie. Die eine günstige Seite aber hat der Ascites, daß er in den meisten Fällen das Eintreten von Verwachsungen zwischen Tumor und Umgebung, die bei der Operation vor allen Dingen so große Erschwernisse darstellen können, verhindert. Bei Lippert komplizierten in 48,43 % der Fälle Adhaesionen die Operation. Die besonders großen Tumoren neigen mit Vorliebe zu Adhaerenzen; darauf hat bereits Grammatikati hingewiesen.

Fälle, wo trotz des vorhandenen Ascites Verwachsungen sich herausgebildet hatten, sind von Kolb und Leopold beschrieben worden.

Eine weitere Komplikation stellt die Stieltorsion dar. Lippert fand sie bei der Untersuchung von 638 Ovarialtumoren in 84 Fällen, davon typisch 68 mal, atypisch 16 mal. Ist die Stieltorsion vorhanden, so kommt es leicht zu Stauungen, venöser Hyperämie und necrobiotischen Vorgängen an der Tumoroberfläche, besonders unter anderem zu partieller Peritonitis oder Blutungen, Entzündungen, Vereiterungen, Verjauchung oder Necrose der Geschwulst selbst. — Ziemlich häufig kommt die Komplikation der Stieltorsion in der Schwangerschaft, intra partum oder im Wochenbett vor, aber auch nach Punktion, kurz, wo Schwankungen der Druckverhältnisse in der Bauchhöhle stattfinden.

Nicht zu vergessen ist die Komplikation der malignen Entartung. Lange Zeit kann der Tumor als gutartiger gewachsen sein, um dann plötzlich seinen Charakter zu ändern

und die Eigentümlichkeiten der bösartigen Tumoren anzunehmen.

Es ist dann der Gefahr zu gedenken, die bei Eintreten einer Schwangerschaft entsteht. Die Tumoren wachsen während der Schwangerschaft bekanntlich besonders schnell. Sie bieten ein Hindernis dar und die Geburtsvorgänge können durch sie eine mechanische Behinderung erfahren.

Bei sehr großen Tumoren ist als Komplikation die mitunter recht erhebliche Dyspnoe von Wichtigkeit.

Die Prognose ist bei der Ovariotomie eine günstige. Bei benignen Ovarialtumoren wurde in der Zweifelschen Klinik eine Mortalität von 3,7 % gezählt. Auch bei den sehr großen Tumoren ist die Prognose als eine relativ günstige zu bezeichnen. Bullit berichtet in seiner Zusammenstellung der 23 Mammutgeschwülste von 13 Heilungen und auch in den in den letzten Jahren veröffentlichten operierten Fällen überaus großer Ovarialtumoren ist meist Heilung eingetreten, doch läßt sich eine genaue prozentuale Berechnung wegen der z. T. recht ungenauen Literaturangaben nicht durchführen.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen sei mir jetzt gestattet, über einen aus dem Material der Universitäts-Frauenklinik der Kgl. Charité zu Berlin stammenden Fall einer abnorm großen Eierstocksneubildung zu berichten.

Es handelt sich um eine 50 Jahre alte Schutzmannsfrau Minna F. aus Berlin.

Familienanamnese:

Mutter an Altersschwäche, Vater an Lungenentzündung, ein Bruder an Herzschwäche gestorben, eine Schwester unterleibsleidend; zwei Töchter gesund, ein Sohn gefallen.

Ehemann leidet an Rheumatismus.

Sie selbst will früher nur an Rheumatismus gelitten haben, sonst stets gesund gewesen sein. Die Menses be-

gannen mit 17 Jahren, der Verlauf war regelmäßig, normal.

Letzte Menstruation war Mai 1916. Am 3. Dezember 1916 hat Patientin neuerdings geblutet. Zahl der Entbindungen 3, letzte 1890. Verlauf war glatt.

Eine Fehlgeburt im Jahre 1891, damals wurde curettiert. Wochenbetten verliefen gut.

Vor 9 Jahren (am 8. Juli 1907) suchte die Patientin die Poliklinik der Kgl. Charité auf. Es wurde damals Myom festgestellt und ihr geraten, sich operieren zu lassen. Dieser Rat blieb unbefolgt. Seit etwa 3—4 Jahren ist die Behinderung durch die Geschwulst eine hochgradige geworden. Der Leib ist zusehends stärker geworden und sein Gewicht macht das Erhalten des Gleichgewichts ohne Stock unmöglich. Am ängstlichsten ist die Patientin in der Rückenlage. Der Leib fällt dann gelegentlich einer Bewegung zur Seite und reißt den Körper der Frau nach sich vom Lager. Mehrmals stürzte sie auf diese Weise aus dem Bett. — Seit 4 Jahren hat Patientin die Wohnung nicht verlassen, da sie die Treppe nicht heruntersteigen konnte. Schmerzen will sie kaum haben.

Der Befund am 8. 7. 1907 in der gynaecologischen Poliklinik der Kgl. Charité war folgender: Starke Adipositas. Im Leib fühlt man einen Tumor, der etwas über Nabelhöhe hinaufreicht. Diagnose: Myoma uteri.

Die Patientin hatte damals die Poliklinik aufgesucht, da sie bereits mehrere Monate während der Regel stark geblutet und von der Behandlung in einer Privatklinik (Pincus) keinen Erfolg gesehen hatte. Im Jahre 1912 entschloß sich die Patientin, sich operieren zu lassen, begab sich wiederum in eine Privatklinik (Dr. Morak), verließ diese aber nach 14 Tagen, ohne operiert zu sein.

In die Kgl. Charité wurde Pat. am 9. Dezember 1916 aufgenommen.

Status praesens:

Recht elend aussehende Frau, Gesicht und Brustkorb abgemagert.

Schall über den Lungen überall hell, Atemgeräusch bläschenförmig.

Herz: nach links etwas verdrängt. Syst. accidentelles. Geräusch an der Spitze.

Geschlechtsorgane: Orificium externum uteri etwas klaffend. Corpus uteri liegt descendiert, seine Größe ist, soweit es unter der großen Geschwulst abtastbar ist, normal.

Sonstiger Befund:

Bimanuelle Untersuchung ist nicht möglich. Der Leib ist geradezu ungeheuer ausgedehnt, kuglig. Die ihn überdeckende Haut ist glänzend. In ihr verlaufen von unten nach oben ein wenig convergierend bis fingerdicke Venen. Der tiefste Punkt dieses Bauches reicht im Stehen bis unter die Knie abwärts.

Das Stehen ermöglicht die Patientin, indem sie Knie- und Hüftgelenk leicht beugt. Es ruht dann der Leib auf den Oberschenkeln und hängt an dem nach vorn geneigten Rumpf.

Der Leibesumfang beträgt 183 cm, das Gewicht der Frau beträgt 270 Pfd.

Diagnose: Riesengroßer Ovarialtumor.

Therapie: Entfernung der Cyste mit Tube.

11. 12. 1916 Operation in Chloroformäthernarkose. Beginn um 12 Uhr 10 Min., Beendigung um 1 Uhr 35 Min. Dauer 1 Std. 25 Min.

Der Narkosenverlauf war ohne Besonderheiten. Erbrechen trat nicht auf. Puls war stets gut, Atmung ebenfalls. Zur Narkose begibt sich die Pat., nachdem sie vorher eine Spritze Morphium erhalten hat, selbst auf den Operationstisch.

Nach einem Längsschnitt unterhalb des Nabels durch die etwas elephantiastische und lymphangitische Haut und

die ödematöse Unterhaut wird das Peritoneum an einer kleinen Stelle eröffnet. Obwohl hier eine feste Verklebung beider Peritonealblätter besteht, gelingt es, die richtige Schicht zwischen beiden zu finden. Da das Instrument den riesigen Verhältnissen nicht gewachsen ist, so wird von vornherein zum stumpfen Lösen der allseitig fest adhaerenten Cystenwand geschritten. Nach stumpfer Trennung beider Peritonealblätter in erreichbarem Umkreis von der kleinen Wunde aus werden über 15 Minuten hin 25 + 15 + 20 Liter rein seröser, bernsteingelber Flüssigkeit abgelassen. Jetzt wird das Cystenloch mit dem Messer erweitert, der Sack läßt sich z. T. von der Wunde heben; zur weiteren Entleerung müssen höher gelegene Kammern (stumpf mit dem Finger) eröffnet werden. Aus ihnen entleert sich zumeist eine schmutzig braune Flüssigkeit. Es gelingt hierbei, noch etwa 10 Liter aufzufangen, schätzungsweise noch nicht die Hälfte des Inhalts, der aus diesen Cysten stammt. — Während des Vorwälzens der Geschwulst erweist sich eine geringe Verlängerung des sehr kleinen Schnitts als notwendig. Der Cystenhals wird nun schrittweise von der sich invertierenden inneren Bauchwand abgezogen. Das dünne, zarte, völlig fettfreie Netz wird abgebunden durch zwei Ligaturen, da es dem Tumor breit aufsaß.

Der Stiel der Geschwulst ist ca. 20 cm lang und geht an die linke Uteruskante heran. Besonders rechts unterhalb des Rippenbogens war die Adhaesion an der Bauchwand besonders fest.

Nach Herauswälzen der Geschwulst bluten besonders die stärker angerauhten vorderen und seitlichen Peritonealwände. Die z. T. recht rauhe Peritonealhöhle wird in der Weise beim Schließen des Bauches verkleinert, daß unter Ausschalten der vorderen Partien etwa die Flankenteile der Parietalserosa fortlaufend vereinigt werden. Hierüber wird eine weitere fortlaufende deckende Naht gelegt, die den

linken kürzeren Bauchdeckenlappen nach rechts über die erste Naht hinwegzieht. Schluß des Wundrandes an der Incisionsstelle. Drainage der Hauttasche. Hautnaht.

Es handelte sich um eine abnorm große multiloculäre Ovarialcyste.

Der Heilungsverlauf war ein glatter. Nachdem in den ersten Tagen nach der Operation vorübergehend Temperaturerhöhungen bis etwa 38° aufgetreten waren, kehrte die Körperwärme vom 11. Tage nach der Operation ab zur Norm zurück. Das Allgemeinbefinden der Pat. war gut. Ihr Gewicht betrug nach Entfernung des Tumors nur noch 115 Pfd. Die Patientin konnte am 17. Januar 1917 als geheilt entlassen werden.

Der entfernte Tumor wurde in Formalin konserviert und auch darin weiter aufgehoben, an der Luft getrocknet und, um seine Form zu erhalten, mit Zellstoff ausgestopft.

Der Tumor hatte also ein Gewicht von 155 Pfd.

Im zweiten Teil der Arbeit sei mir gestattet, eine kurze Uebersicht über diejenigen Fälle zu geben, die in der Literatur während der letzten 8 Jahre (1910—1917) als besonders große Ovarialtumoren beschrieben worden sind.

Ich habe in die Zusammenstellung nur diejenigen aufgenommen, bei denen ich ziemlich genaue Gewichtsangaben fand und habe unter diesen auch nur wieder die Neubildungen herausgesucht, die mehr als 25 Pfd. wogen.

So beschreibt Fay in „Enormous Ovarian Cysts“ bei einer 54 jährigen, V para, einen Tumor, den Patientin bereits seit dem 33. Jahre hatte. Seit dem letzten Kinde vor 13 Jahren machte er Beschwerden. Leibesumfang beträgt 220 cm, Gewicht 112½ kg. Innerhalb von 10 Tagen wurde dreimal punktiert und auf diese Weise 67½ kg pseudomucinöser Flüssigkeit abgelassen. Dann wurde das stark verwachsene, vielkammerige Kystom entfernt. Anfangs Heilung

glatt. Nach einem Monat Pneumonie und Tod.

Fay berichtet gleichzeitig aus der Literatur über 5 Fälle von Ovarialtumoren von über 30 kg, 6 von 78—90 kg, zu denen er seinen Fall rechnet, und über 7 von 67½—78 kg.

Boldt berichtet in „Very Large Ovarian Tumor with rudimentary Uterus" von einem auf wenigstens 27 kg geschätzten, mit Bauchwand und Netz verwachsenen Tumor bei einem 25 jährigen Fräulein.

Grusdew: In einem Fall handelt es sich um eine 19 jährige Frau, bei der ein Eierstockskystom von 3 Pud Schwere entfernt wurde.

Im zweiten Fall wurde ein Fibromyom von 57 Pfd. entfernt.

In Fall I war der Tumor in ungefähr 2 Jahren zu enormer Größe herangewachsen. Zur Klärung der Diagnose sowie zur Entlastung des Herzens und der Lungen wurde eine Punktion gemacht, bei der 34 l wässriger, bräunlicher Flüssigkeit abgelassen wurden. Danach konnte erst die Untersuchung einige Daten bekommen. Am folgenden Tage Entfernung des Tumors. Er war auf seiner Vorderfläche mit der Bauchwand leicht verwachsen, sonst frei. Er wog außer den 34 l Flüssigkeit noch ungefähr 16 kg, so daß sein Gesamtgewicht ca. 50 kg betrug. Die Kranke wog nach der Operation nur noch ca. 43 kg.

Bei Fall I und II Heilung.

Charles: Ovarialcyste von 28 kg. Die 47 jährige Patientin trug die Cyste seit 13 Jahren. Der Tumor lag geradezu ganz außerhalb des Körpers. Leber und Herz waren in normaler Position, Processus xiphoideus im rechten Winkel vom Corpus sterni abstehend. Albertin entfernte die Cyste in toto. Schnittlänge betrug 40 cm.

Herczel: Entfernung einer 40 kg schweren Cyste bei einem 21 jährigen Mädchen. Lösung der ausgebreiteten

Verwachsungen und Reduktion des Abdomens durch hahnenkammartiges Zusammenraffen der Bauchwände.

Knight (Removal of an unusually Large Ovarian Cyst): Es handelt sich um eine Erstgebärende, die wegen Wassersucht erfolglos behandelt wurde. Der Tumor wuchs in 10 Monaten zu seiner Größe an. Einschnitt in das Abdomen, Eröffnung des Tumors, Entfernung der Flüssigkeit. Um den festen Tumor zu entfernen, mußte der Schnitt bis über den Nabel vergrößert werden. Die fettige Bauchwand wurde beiderseits neben dem Schnitt in 2 Längsfalten genäht. Während der Operation $2^1/_4$ l Kochsalzinfusion. Heilung per primam. Gewicht des festen Tumors betrug $6^3/_4$ kg, die Flüssigkeit betrug über 54 l.

Liell: „Dermoid ovarian cysts of unusual size."

Im ersten Fall handelt es sich um eine 42jährige Drittgebärende. Der Tumor reicht bis zum Schwertfortsatz. Zunächst wurde punktiert wegen Dyspnoe, da Patientin anfangs eine Operation verweigerte. Dann wurde der 19 kg schwere, stark verwachsene Tumor entfernt. Inhalt u. a. ein Schneidezahn und 8 Molaren. Heilung.

Bei Fall II handelt es sich um eine 64jährige, schwächliche, etwas heruntergekommene Frau. Ein linksseitiges $14^1/_2$ kg schweres Dermoid wurde erfolgreich entfernt.

In Fall III: 68jährige Witwe. Temp. 39,5°. Puls 118, wahrscheinlich infolge eines kurz vorher erfolgten Falles. Der stark verwachsene Tumor wurde entfernt. Gewicht $17^1/_2$ kg.

Souligoux berichtet von einer Heilung, die nach Entfernung einer multiloculären Eierstockscyste eingetreten ist, bei der 683 l Flüssigkeit innerhalb von 2 Jahren abgelassen wurden.

Sellmann: „Phlegmonia alba dolens in connection with Ovarian tumor.

Bei einer 32jährigen Nullipara heftige Schmerzen im linken Bein, welche von der Hüfte ausstrahlen. Das linke

Bein ist seit einigen Monaten geschwollen. Fieber besteht nicht. Schenkelvenen nicht als geschwollen und thrombosiert tastbar.

Nach Entfernung des 20 kg schweren Ovarialkystoms schwinden die Schmerzen.

Die Schwellung kehrt im Verlauf von 2 Monaten wieder zurück.

Phlegmonia alba dolens?

Horsley, J. Shelton: „Un unusually large ovarian cyst."

Die ungewöhnlich große Ovarialcyste wog 116½ pounds. Nach der Entfernung des Tumors wog die Frau nur noch 105½ Pfd. H. zählt dann noch 25 Fälle von Ovarialtumoren auf, die über 100 Pfd. wogen.

Althaufer berichtet über mehrere vielkammerige Ovarialkystome von 27—58 Pfd. Gewicht.

Larkins: Eine Ovarialcyste von 140 Pfd. Gewicht. Das Körpergewicht der Frau betrug nach Entfernung der Cyste nur noch 80 Pfd.

Obolenskeya beschreibt eine Riesencyste, die bei einer 30jährigen Patientin, welche einen größten Leibesumfang von 128 ccm hatte, per laparotomiam entfernt wurde. Bei der Punktion wurden 22600 g einer schleimig colloidalen Flüssigkeit abgelassen. Heilung trat ein.

Violet: Es handelt sich um eine 57jährige Frau; 4—5 Jahre nach der Menopause. Gewicht des Tumors 12½ kg. In letzter Zeit wieder blutiger Abgang aus dem Uterus. Die Geschwulst ist teils fest, teils cystisch. Eine der Cysten ist durch den Nabel aufgebrochen und sezerniert intermittierend nach außen. Es findet sich ziemlich starkes Oedem der Bauchdecken. Der Tumor wird entfernt ohne Zerkleinerung durch große Incision. Der zeitweise spontane Wiederverschluß der Cystenöffnung ließ maligne Ulceration ausschließen, Ascites wenig. Uterus normal, in situ ge-

lassen; das andere Ovarium wird entfernt. Nur wenig Adhaerenzen, keine Metastasen am Peritoneum. Die Radiographie ergibt außerdem noch einen Stein im linken Nierenbecken.

Thiess demonstrierte eine Riesencyste, aus der bereits über 15 l Flüssigkeit abgelassen waren. Die Cyste entstammte einer 22jährigen, sehr schmächtigen Patientin, zu der Th. nach der Geburt des Kindes gerufen wurde. Der behandelnde Arzt hatte die Diagnose auf Cyste gestellt, nachdem er anfangs an Zwillinge und Hydramnion gedacht hatte. Das Kind wurde spontan geboren ohne Hilfe der Bauchpresse. Die Patientin hatte schon früher einen starken Leib gehabt, während der Schwangerschaft war aber ein rasches Wachstum eingetreten. Atemnot bestand nicht, auch keine Anzeichen einer Stieldrehung. Pat. wurde in die Klinik übergeführt zwecks Operation. Die Cyste war breit und vielfach verwachsen, mußte verkleinert werden. 15 l Flüssigkeit wurden abgelassen.

Wochenbett verlief ohne jede Störung.

Zwetow: Es handelt sich um eine 40jährige Patientin, die 4mal geboren hat, zuletzt vor 8 Jahren. Im Laufe der letzten beiden Jahre bemerkte sie ein ständiges Wachsen des Leibes; in den letzten Monaten bestand Atemnot und starkes Abmagern. Der größte Leibesumfang beträgt 148 cm, die Entfernung zwischen Schwertfortsatz und Symphyse 50 cm. Innere Organe o. B. Nach Punktion des Tumors wird ein typisch glanduläres Kystom entfernt, das wenig Verwachsungen mit Darm und Netz aufweist. Gewicht beträgt 46,4 kg. Glatte Heilung.

Blutdruck wurde vor und nach der Operation bestimmt.

Vor der Operation:	Max.	150 mm Hg.
	Min.	98 mm Hg.
Nach der Operation:	Max.	134 mm Hg.
	Min.	76 mm Hg.

Bott: 30jährige Patientin, gravid seit Februar 1911. Seit August abnormer Leibesumfang beobachtet. Ende Oktober erfolgt spontane Entbindung, darnach wurde eine große Ovarialcyste festgestellt. Allgemeinzustand der Patientin war schlecht. Lungenoedem.

Die Cyste wurde punktiert. 29 Puds Flüssigkeit abgelassen; nach wenigen Tagen wurde, als die Patientin sich etwas erholt hatte, die Cyste entfernt.

Ruebsamen: Kehrer entfernte durch Laparotomie bei einer 55 Jahre alten Frau in Lokalanaesthesie ein sehr großes Cystadenoma pseudomucinosum von ungefähr 47 Pfd. Gewicht mit gutem Erfolge. Vor und 24 Tage nach der Operation wurden zwei Orthodiagramme aufgenommen, welche zeigen, wie die Brustorgane durch den großen Tumor nach oben verdrängt wurden, während nach Beendigung der Rekonvaleszenz das Herz wieder an seiner normalen Stelle ist und die Lungengrenzen mit dem Tumor tiefer getreten sind.

Hamlin berichtet von einer Heilung, wo bei einer 56jährigen Frau per laparotomiam eine 70 Pfd. schwere Ovarialcyste entfernt wurde.

Oppel: Der Leibesumfang der 52jährigen Frau betrug 169 cm. Es wurden erst durch Punktion zwei Pud Flüssigkeit abgelassen. Darauf wurde laparotomiert. Die enorme Cyste saß auf einem Stiel und enthielt noch 1 Pud 25 Pfd. Flüssigkeit. Heilung.

Potherat: Bei einer 19jährigen Patientin wurde Ascites bei Lebercirrhose angenommen und deshalb 15 mal punktiert. Im ganzen wurden 130 l abgelassen. Laparotomie. Die entfernte Cyste wog 23 kg.

Stytschewa: Patientin war 49 Jahre alt. Eine Ovarialcyste, die durch zahlreiche Adhaerenzen mit den Nachbarorganen verwachsen war, wurde per laparotomiam entfernt. Gewicht des Tumors mehr als 2 Pud.

Gewicht der Patientin bei der Entlassung 1 Pud 25 Pfd.

Le Moniat beschreibt ein Ovarialfibrom, das 12,5 kg wog und das sich in 12 Jahren allmählich entwickelte. Es führte zu schweren Kompressionserscheinungen, besonders in den Thoraxorganen und zur Kachexie. Ascites war nicht vorhanden.

Le Jemtel: „Kyste dermoide de l'ovaire du poids de 18 kg."

Bei der 58jährigen Frau, die mit 30 Jahren geboren hatte, wurde im Wochenbett ein großer Ovarialtumor festgestellt. Operation wurde dauernd verweigert, bis unerträgliche Beschwerden auftraten. Bei der vorgenommenen Laparotomie wurde ein 18 kg schwerer Tumor mit gutem Ausgange entfernt. Der Tumor enthielt eine solide, käseartige Masse und eine Menge Haare.

Caro berichtet über ein 33½ Pfd. schweres Ovarialfibrom, das mit Erfolg operiert wurde.

Kamann: Bei einer 21jährigen Frau, welche 8 Wochen zuvor ein reifes Kind geboren hatte, wurde durch Laparotomie ein mehrkammeriges Cystadenom von 35 Pfd. Gewicht entfernt.

Oastlers Frank berichtet über Entfernung einer 48 Pfd. schweren multiloculären Ovarialcyste mit schokoladefarbenem Inhalt bei einer 46jährigen Frau.

Orthner: Entfernung eines sehr großen Kystoms mit 54 l Inhalt. Die 58jährige Frau starb 18 Stunden nach der Operation an Herzschwäche, obwohl der Inhalt der Cyste nur ganz allmählich entleert worden war.

Schulze fand bei der Sektion einer 70jährigen Frau einen Ovarialtumor von 41½ Pfd. Gewicht.

Sytchev: „Un très volumineux Kyste de l'ovaire."

Patientin war 49 Jahre alt. Entfernung einer gestielten Cyste des rechten Ovariums von 32 kg Gewicht. Nach der Operation wog die Kranke nur noch 24 kg.

Titus: Entfernung eines 35 Pfd. schweren Ovarialfibroms. Bei der 74jährigen Patientin stellten sich nach

der Operation die Menses, die seit 3 Jahren verschwunden waren, wieder ein.

In vorstehend aus der Literatur angeführten 33 Fällen überaus großer Ovarialtumoren handelt es sich in 22 Fällen um Cysten, darunter sind zwei Cystadenome; in 4 Fällen um Dermoide, 3 mal um Fibrome, einmal um ein Fibromyom; 2 Tumoren sind unsicherer Natur.

Unter den erkrankten Frauen befanden sich 6 in einem Alter zwischen 19 und 25 Jahren, 3 zwischen 30 und 32, 2 zwischen 40 und 42, 5 zwischen 46 und 49, 4 zwischen 52 und 56, 3 zwischen 57 und 58, 2 zwischen 64 und 68 Jahren. In einem Fall handelte es sich um einen Sektionsbefund bei einer 70 jährigen Frau.

Was die Größe dieser Tumoren angeht, so wogen

14	zwischen	25—50 Pfd.
9	„	50—80 Pfd.
3	„	80—120 Pfd.
1		140 Pfd.

in den übrigen 6 Fällen war ein genaues Gewicht wegen der des öfteren ausgeführten Punktionen anzugeben nicht möglich.

Von den zur Operation gelangten 32 Fällen (der Sektionstumor ist hier abgerechnet) wurden mit Erfolg operiert trotz der Riesengröße der Tumoren 23 Fälle. In zwei Fällen trat der Exitus ein, und zwar das eine Mal nach anfänglich gutem Heilungsverlauf 1 Monat post operationem an Pneumonie, das andere Mal 18 Stunden nach der Operation an Herzschwäche.

In den übrigen 8 Fällen war mir das Resultat festzustellen, nicht möglich.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Franz auch an dieser Stelle für die gütige Ueberlassung des interessanten Falles meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur

1. **Fay O. J.:** Enormous Ovarian Cysts. Surg. Gyn. and Obst. 1908 Nov. Ber. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 15, pag. 61—62.
2. **Boldt H. J.:** Very Large Ovarian Tumor with rudimentary Uterus Obst. Soc. 1908. Nov. 10. Ann. Jour. Obst. Vol. 59 p. 100—101.
3. **Grusdew W. S.:** Zur Diagnostik von Riesengeschwülsten des Genitalapparates. Ruski Wratsch Nr. 33. 1909.
4. **Lippert:** Zur Klinik der Ovarialtumoren. Inaugur. Diss. 1905.
5. **Charles (Lyon):** Ovariencyste v. 28 kg (Lyon méd. 1909 Nr. 29).
6. **Herczel, Manó:** 40 kymos cysta fiatal léanyon. Aus d. Sitzung des Vereins der Spitalärzte am 29. Mai. Ref. Orvosi Hetilap Nr. 35. 1910.
7. **Knight S. H.:** Removal of an unusually Large Ovarian Cyst. Amer. Journ. Obst. Vol. 60. Sept. p. 441—442. 1910.
8. **Liell, E. N.:** Dermoid ovarian cysts of unusual size. Journ. of the Amer. Med. Ass. 1908. Dec. p. 2217—2218.
9. **Souligoux:** Kyste multiloculaire de l'ovaire. Soc. de chir. Paris 1908. Okt. 28. Rev. de gyn. Tome 13. Nr. 2 p. 325—326.
10. **Sellmann W. A. B.:** Phlegmonia alba dolens in connection with Ovarian Tumor. Amer. Med. Ass. Sept. 21—23. Amer. Journ. Obst. Vol. 60 p. 876—882. 1910.
11. **Horsley, J. Shelton:** An unusually large ovarian cyst. Transactions of the southern surg. and gyn. Assoc. Dec. 13—15. Amer. Journ. of obst. Febr. 1911 p. 314.
12. **Althaufer:** Mehrere vielkammerige Ovarialkystome von 27—58 Pf. Gewicht. Przeglad chir. gin. Bd. 5. Heft 1 p. 113. 1911.
13. **Larkins E. L.:** Ovarian tumor. Journ. Jnd. State med. assoc. V. 226. 1912.
14. **Obolenskeya:** Riesencyste. Journ. akusch. shensk Vol. Sept. 1912.
15. **Violet:** (Lyon méd. 1913 Nr. 43).

16. Zentralblatt für Geburtshilfe u. Gynaekologie, Nr. 30 p. 1000, außerdem Jahrgänge 1910—1917.
17. **Frommels** Jahrbücher 1901, 1910—1917.
18. **Zwetow:** Zur Kasuistik der Riesenkystome. Journ. akusch i. shensk. boles. Dez. 1912.
19. **Bott, Stanley:** Pregnancy and an ovarian cyst containing 32 pints of fluid. Lancet July 13 p. 84.
20. **Hamlin,** Mont. M.: A. remarcable case. Amer. med. Journ. Nr. 7. p. 621. 1913.
21. **Oppel:** Zwei Eierstockszysten. Wratsch Gaz. Nr. 1. 1913.
22. **Grammatikati:** Ueber einige Ovarialtumoren. Wratsch Gaz. Nr. 49. 1913.
23. **Potherat G.:** Présentation d'un volumineux multiloculaire de l'ovaire. Journ. de méd. de Paris Nr. 40 p. 780. 1913.
24. **Ssytschewa:** Zur Kasuistik der Riesentumoren der weiblichen Genitalsphäre. Wratsch Gaz. Nr. 49. 1913.
25. **Le Moniet:** Laparotomie pour fibrome de l'ovaire. Soc. de chir. de Paris. Prov. méd. p. 119. 1913.
26. **Jemtel, Le:** Kyste dermoide de l'ovaire du poids de 18 kg. Année méd. de Caen. Nr. 6. p. 303. 1913.
27. **Caro:** Zur Lehre von den Riesenfibromen des Ovariums. Inaug. Diss. Leipzig 1913.
28. **Kamann:** Cystadenoma ovarii Med. Ges. Magdeburg. München. med. Wochenschrift Nr. 33. p. 1978. 1914.
29. **Oastlers Frank:** Large ovarian cyst. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 69. Nr. 1 p. 125/126. 1913.
30. **Orthner:** Monströses Cystoma ovarii Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21 p. 734. 1914.
31. **Schulze:** Ovarialtumor. Med. Klin. Jg. 10. Nr. 1. pg. 38. 1913.
32. **Sytchev A.:** Un trés volumineux kyste de l'ovaire. La Gyn. Jour. p. 60. 1913.
33. **Titus R. S.:** Fibroma of the ovary. Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 11. 1914.
34. **E. Zellwyer:** Die großen und übergroßen Ovarialkystome des Kindesalters. Inaug. Diss. Zürich 1913.

Lebenslauf

Geboren wurde ich, Werner Lövinsohn, jüdischer Konfession, am 19. April 1892 zu Berlin als Sohn des Kaufmanns Emanuel Lövinsohn und seiner Ehefrau Margarethe geb. Abraham. Ich besuchte das Köllnische Gymnasium zu Berlin, an dem ich am 15. Sept. 1910 unter Befreiung vom Mündlichen die Reifeprüfung bestand. Michaelis 1910 ließ ich mich auf der Kgl. Friedrich Wilhelms Universität zu Berlin immatrikulieren und studierte Medizin. Am 8. März 1913 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und im Mai 1915 wurde ich zum Heeresdienst einberufen. Ich wurde beim Grenadier Regiment Nr. 12 in Frankfurt a. O. ausgebildet und am 18. Juli zum Feldunterarzt ernannt. Am 28. Nov. 1915 rückte ich ins Feld und nahm an dem Stellungskampf in den Pripjetsümpfen teil. Am 17. Juni 1916 wurde ich zum Feldhilfsarzt ernannt. Am 1. November 1916 erfolgte meine Beurlaubung zur Ablegung der Staatsprüfung, die ich am 29. Januar 1917 bestand. Unter Anrechnung meiner militärärztlichen Tätigkeit auf das praktische Jahr erhielt ich die Approbation als Arzt mit der Geltung vom gleichen Tage an.

Z. Z. bin ich Revierarzt bei der 2. Ersatz-Abteilung des Feld-Artillerie-Regiments Nr. 18 in Frankfurt a. O.